

**FAKTOR-FAKTOR YANG MELATAR BELAKANGI PENGEMBALIAN
KLAIM BPJS DI RUMAH SAKIT PERMATA MEDIKA SEMARANG
PADA TAHUN 2017**

DEWI KURNIA PUJI LESTARI

(Pembimbing : Eti Rimawati, SKM, M.Kes)

*Rekam Medis&Info. Kesehatan - D3, FKes, Universitas Dian
Nuswantoro*

www.dinus.ac.id

Email : 422201401521@mhs.dinus.ac.id

ABSTRAK

Klaim adalah bagian terpenting dalam proses pembiayaan di Rumah Sakit. Berdasarkan survey awal terhadap 20 DRM, 50% DRM pasien BPJS rawat inap dikembalikan karena persyaratan klaim tidak sesuai dengan aturan BPJS. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang menyebabkan pengembalian klaim BPJS di Rumah Sakit Permata Medika Semarang. Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Pengumpulan data dilakukan dengan observasi terhadap 68 DRM klaim dan wawancara dengan 1 petugas verifikator internal. Penyebab terbanyak dari pengembalian dokumen klaim BPJS adalah 44% lembar resume medis yang sering tidak dilengkapi dan tidak terisi oleh DPJP, 14,70% konfirmasi kode diagnose masuk dan keluar oleh DPJP, dan 13,24% bukti pemeriksaan penunjang tidak terlampir. Kendala dalam melengkapi berkas klaim adalah terbatasnya waktu dan tenaga, dimana 1 orang petugas harus mengerjakan sekitar 200 DRM klaim tiap bulannya. Perlu dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap prosedur bagi dokter DPJP dalam melengkapi lembar resume medis. Proses verifikasi oleh kepala bangsal atau petugas verifikator internal perlu dilakukan sebelum dokumen klaim dikirim kebagian URM .

Kata Kunci : BPJS, Klaim, Pengembalian

FACTORS AFFECTING REIMBURSEMENT CLAIMS OF BPJS IN PERMATA MEDIKA HOSPITAL SEMARANG IN 2017

DEWI KURNIA PUJI LESTARI

(Lecturer : Eti Rimawati, SKM, M.Kes)

Diploma of Medical Record - D3, Faculty of Health Science,

DINUS University

www.dinus.ac.id

Email : 422201401521@mhs.dinus.ac.id

ABSTRACT

Claim was the most important part of Hospital financing process. Based on a preliminary survey on 20 Medical Records, 50% medical records of inpatient BPJS patients were returned because the claim requirement was not in accordance with BPJS rules. This study aimed to determine factors that cause reimbursement of BPJS claims at Permata Medika Hospital Semarang. This study was descriptive study with case study approach. The data were collected by observing 68 medical record claims and interviews with 1 internal verification officer. The main causes of BPJS claims reimbursement were 44% of medical resumes often not completed and not filled by DPJP, 14.70% confirmation of incoming and outgoing diagnostic codes by DPJP, and 13.24% investigation proof was not attached. The constraint of completing claim document was limited time and effort, where one officer should be done around 200 medical record claims each month. It was necessary to monitor and evaluate the procedures for DPJP doctors in completing the medical resume sheet. The verification process by head of ward or internal verification officer needs to be done before the claim document sent to medical records unit.

Keyword : BPJS, Claim, Reimbursement